…four, 5 1854

… remarques pratiques sur la
…ologie et la thérapeutique
…rgicale des tumeurs en général

LIBRAIRIE
... Lechevalier
... Rue Racine
PARIS

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

BUDGET

DES RECETTES ET DÉPENSES

DE

L'EXERCICE 1870

QUELQUES REMARQUES PRATIQUES

SUR LA

Pathologie et la Thérapeutique Chirurgicale

DES TUMEURS EN GÉNÉRAL,

Par M. le Dr DUFOUR.

Les opérations qu'entraînent souvent les tumeurs sont si souvent arrêtées et modifiées par des conditions émouvantes et imprévues, qu'il n'est peut-être pas sans utilité d'insister sur quelques remarques de nature à applanir ces difficultés et à mettre le chirurgien en garde contre un diagnostic trop présomptueux et le découragement qui pourrait naître, lorsqu'il voit les prévisions les plus assurées démenties par l'état des choses, et que tout à coup il a à assumer la responsabilité de décisions qui doivent être à la fois réfléchies et rapides. Une observation qui n'a pas été publiée et n'est peut-être pas dépourvue d'intérêt servira de base aux préceptes que nous désirons rappeler.

Une dame âgée de 40 ans, d'une constitution robuste, fut atteinte il y a 6 ans, dans la région de l'aîne, d'une inflam-

mation furonculeuse, qui, négligée, finit par envahir toute la racine du membre correspondant ; un véritable anthrax se développa, s'accompagnant de l'engorgement de toutes les glandes voisines : les incisions nécessaires ne furent pas pratiquées en temps opportun ; le pus et toutes les matières d'un énorme bourbillon se frayèrent spontanément une issue ; l'inflammation s'apaisa peu à peu ; les engorgements glandulaires disparurent enfin, sauf un seul siégeant à la partie supérieure et interne de la cuisse, au voisinage du point où la saphène interne se jette dans le grand courant veineux du membre.

Quand les furoncles et les anthrax avoisinent la racine des membres, c'est une grande faute que de trop retarder leur ouverture et d'en abandonner le soin à la nature. De là souvent des engorgements qui persistent, donnent ultérieurement lieu au développement de tumeurs de mauvais caractère, et à des opérations tout autrement redoutables que les légères incisions qui les eussent prévenues.

Quoiqu'il en soit, chez la malade dont il est question, tout semblait revenu à l'état normal, si ce n'est que dans un seul point on constatait encore la présence d'une dureté persistante, qui resta longtemps stationnaire, que l'on assurait devoir disparaître comme le reste et dont il ne fallait plus s'occuper.

Cependant, six mois après, la tumeur avait pris assez de développement pour attirer l'attention. Indolente, assez mobile, n'ayant amené aucun changement dans la coloration de la peau qui la recouvrait, elle ne gênait en aucune façon la marche. Trois années se passèrent ainsi. La masse avait acquis le volume du poing ; mobile, elle semblait siéger peu profondément. C'est à cette époque que je fus consulté. La conclusion de mon examen fut qu'il fallait enlever la tumeur ; mais comme elle était alors essentiellement indolente, ne

gênait pas sensiblement le mouvement de la partie, en présence des hésitations de la malade et de sa famille, je me bornai à l'emploi de pommades résolutives, et déclarai qu'une expectation de quelques mois était encore possible, mais ne devait pas être dépassée.

Mais pendant ce temps qui semblait réservé à familiariser la malade avec l'idée d'une opération, la tumeur était arrivée à des dimensions bien plus considérables. Il faut, du reste, se bien rappeler qu'il n'y a et qu'il ne peut y avoir rien de régulier dans l'accroissement des tumeurs. Delà l'impossibilité de calculer même approximativement les augmentations qui doivent survenir dans un temps donné. Telle conserve pendant des années des dimensions insignifiantes, qui, tout à coup, en un ou deux mois, double, triple de volume. Après des impulsions de cette nature la marche de la maladie peut encore se ralentir, jusqu'au moment, où, sous l'influence d'un travail intérieur, de modifications générales et de causes internes ou externes, souvent mal déterminées ou complètement ignorées, on voit l'acuité reparaître. Ainsi, de ce que pendant un laps de temps une tumeur, même bénigne, est restée indolente, il faut se garder de conclure qu'il en sera de même pendant un temps égal, et qu'on sera toujours maître de choisir son jour et son heure pour les opérations. Quand on n'a pas à s'arrêter devant la volonté des malades et que l'opération est indiquée, il ne faut pas attendre : les choses ne peuvent que devenir pires. Et d'ailleurs, est-il toujours possible de choisir son temps? on ne peut songer à opérer une tumeur alors qu'elle est en proie à un travail aigu ; on est obligé de calmer cette surexcitation de ramener la partie à l'état d'indolence; les chances de ce retour s'éloignent de plus en plus; l'organisme finit par devenir tout entier solidaire de ce qui a pu souvent être d'abord considéré comme un mal tout local. Qu'on agisse

donc pendant que l'inflammation ne menace pas encore de fondre la tumeur, pendant que la peau et les couches sous-jacentes, encore intactes, peuvent faire les frais d'une bonne cicatrisation. Economie de temps, de douleurs et de dangers: on a le double avantage d'agir sur un organisme sain et sur des parties que l'inflammation et ses produits n'ont pas encore modifiées sous les divers rapports de la coloration, de la densité et surtout des propriétés vitales.

La malade réclamait du reste, à cette époque, l'opération; la marche était notablement gênée; à la moindre fatigue, de rapides élancements se faisaient sentir dans le membre; dans les mouvements de la marche le pied ne se posait pas franchement sur le sol : de là un aspect particulier et dont on saisissait mal la signification. Se développant, à l'aspect extérieur surtout, en avant et en dedans, la tumeur devait dans un temps donné rencontrer la face interne de l'autre membre; la peau dont les propriétés avaient jusques-là été respectées devait s'excorier, s'irriter : il fallait opérer. Une nombreuse consultation fut réunie.

Nous étions en présence d'une tumeur du volume de la tête d'un jeune enfant; sans changement de couleur à la peau qui était mobile; susceptible d'un grand déplacement de totalité; indolente; pouvant être pressée sans éveiller par elle-même de sensations appréciables; offrant un certain degré de résistance. Quelle pouvait être sa nature? Ici, je n'ai pas la prétention d'offrir un modèle de diagnostic; mais je crois qu'il est utile d'insister sur la manière dont il faut procéder en pareille occurrence.

Ce n'était pas un anévrisme: car la tumeur n'offrait aucun mouvement d'expansion isochrone aux battements du cœur. Il y a dans l'expansion des tumeurs artérielles quelque chose de caractéristique : quel que soit le point de leur surface examiné, ce point subit une ampliation qui concourt à

l'ampliation générale. Celle-ci reste immobile, inerte dans toute son étendue; déplacée, il en est de même. Si une tumeur indépendante d'une artère est placée sur son trajet, il peut arriver, quand elle n'est pas d'un volume très considérable, qu'elle soit soulevée par un mouvement de totalité qui simule les pulsations d'un anévrisme. Mais qu'on écarte la masse du trajet du vaisseau, cette apparence disparaît. Il ne faudrait pourtant pas croire que tout anévrisme présente une expansion isochrone facile à apprécier. Quand il est très ancien, que sa plus grande masse est due aux couches stratifiées de la fibrine, cette expansion peut être singulièrement altérée. Mais enfin, il y a un certain soulèvement, et, quels que soient les mouvements imprimés, il reste le même. D'ailleurs, lorsque l'anévrisme a un certain volume, et qu'il est dû, comme presque toujours, à l'altération d'un vaisseau principal, le stetoscope ou l'oreille immédiatement appliquée fait apprécier un murmure, véritable susurrus dû au frottement d'une partie de la colonne sanguine qui passe par une ouverture étroite, inégale, de la cavité normale du vaisseau dans la cavité anormale; ici rien de semblable. Ensuite, la tumeur au lieu de s'être développée de la profondeur du membre vers sa périphérie, comme il arrive dans les grands anévrismes, s'était accrue de dehors en dedans; elle avait progressé pour ainsi dire de la peau vers le centre. Ce n'est pas ainsi que procèdent les tumeurs sanguines. D'autre part, un anévrisme de cette importance ne peut exister sans amener une gêne véritable dans la circulation du membre : il y a des fourmillements, de l'œdème, un ralentissement dans le cours du sang veineux. Dans l'espèce, ces accidents, ou n'existaient pas, ou étaient sans proportion avec la maladie. Enfin, s'il arrive quelquefois que des anévrismes d'une telle dimension soient recouverts d'une peau encore intacte, bien plus souvent celle-ci est adhérente, offre un certain degré de

coloration due à cette lente infiltration à laquelle les tissus vivants voisins des foyers sanguins ne sauraient complètement échapper. La tumeur, lorsqu'on comprimait la crurale sur l'arcade pubienne ne se modifiait pas dans son volume. Cet effet eût eu lieu s'il se fût agi d'un anévrisme. Elle eût diminué pour revenir, la compression cessant, à ses dimensions primitives. Ce n'était donc pas un anévrisme.

Ce n'était pas une tumeur fongueuse, c'est-à-dire, une de ces masses où le tissu encéphaloïde se mêle au tissu vasculaire capillarisé à l'infini et hypertrophié. Ces masses sont molles, inégales, élastiques. Il est rare qu'elles soient indolentes, rare qu'elles fassent ainsi une saillie solide, qu'enfin, elles se développent aussi lentement et surtout qu'elles s'allient, comme dans notre cas, à toutes les conditions d'une santé parfaite. Ce sont des tumeurs malignes, cancéreuses au plus haut degré, et quand elles atteignent ces dimensions, elles frappent l'économie toute entière et y impriment un cachet caractéristique.

Nous ne pouvions donc avoir affaire qu'à une tumeur fibreuse proprement dite ou à un squirrhe non encore ramolli. Mais pourtant les tumeurs fibreuses sont plus résistantes ; il est plus rare qu'elles succèdent à l'inflammation ; généralement elles se développent sous l'influence d'un autre *molimen* et dans d'autres organes. Au contraire, les tumeurs squirrheuses surviennent assez fréquemment chez les femmes, à un certain âge de la vie, à la suite des inflammations. Qu'une glande reste engorgée, au milieu de tissus qui viennent d'échapper ou participent encore à un travail de phlogose, et, quoi qu'on ait dit, rien de plus fréquent que de la voir s'hypertrophier lentement, se maintenir longtemps ainsi, puis, sous l'influence de l'irritation que détermine mécaniquement sa présence, passer du caractère hypertrophique au caractère squirrheux ; se développer

longtemps ainsi sans causer d'élancements, et, tout en grossissant, ne gêner que comme corps étranger. Ces tumeurs sont habituellement arrondies, globuleuses, assez égales : celle-ci l'est à un haut degré. Il est vrai qu'il n'y a pas de douleurs lancinantes : mais celles-ci n'apparaissent dans le squirrhe que lorsqu'il se ramollit. Je n'ai pas besoin de dire que les tumeurs purement graisseuses ont une consistance toute différente. Nous avions donc sous les yeux une tumeur très probablement squirrheuse non encore arrivée à la période de ramollissement, ou une tumeur simplement fibreuse.

Restait à déterminer sa position précise et l'absence ou la présence de racines, de prolongements. A ce dernier point de vue, pour peu qu'on ait enlevé un certain nombre de tumeurs, on ne tarde pas à se convaincre que celui-là qui, parce qu'il meut en masse une tumeur molle, assurerait qu'elle n'envoie pas au loin de racines, se tromperait singulièrement, et on le conçoit : pour qu'une tumeur, quoique profondément enracinée, ne puisse pas être ébranlée et mue en masse, il lui faudrait être non seulement dure, mais fixée par des racines inflexibles. Rien d'élastique comme ces sortes de prolongements; ils prêtent, s'étendent, s'infléchissent dans tous les sens; vous diriez presque une masse roulante, sous-cutanée, alors que la tumeur est pediculée au plus haut degré.

Il est donc très souvent fort difficile de décider à priori si une tumeur a, ou non, des prolongements plus ou moins divergents et étendus, ou si elle constitue un tout réuni sous une forme unique, facile à enlever en masse, quelquefois à énucléer. Qu'en résulte-t-il? C'est que dans ces sortes d'opérations il faut toujours s'attendre à rencontrer des complications embarrassantes, imprévues, et des dangers bien autrement redoutables que ceux qui nous attendent dans ce qu'on

appelle les opérations à règles fixes. Vous vous êtes tracé un plan; assurément c'est un devoir; mais presque toujours il faudra le modifier dans le cours de l'opération; il est bon de s'y attendre et de se préparer à toutes les éventualités.

Certainement, si pour enlever une tumeur importante, enclavée dans un membre ou siégeant sur le contour du cou par exemple, il fallait absolument être sûr que de graves difficultés ne surgiront pas, on ne se déciderait jamais à son ablation. Mais il est de ces cas comme de tous ceux où on engage sa responsabilité; ne rien faire est plus commode; mais souvent il faut savoir oser pour être utile, et quoi qu'il arrive. Une règle générale en médecine opératoire est qu'on ne doit jamais commencer une opération sans être sûr qu'on la finira. Cette règle doit être respectée : on est toujours sûr de poursuivre et d'atteindre les dernières racines d'une tumeur, quand elle siège dans un membre. Dans quelques régions il n'en est pas toujours ainsi. Quand il s'agit du cou, de l'aisselle, qui peut *à priori* affirmer, quand il existe des chapelets de ganglions indurés, dégénérés, qu'on les poursuivra tous jusqu'à les atteindre, à moins qu'on ne soit résolu à pénétrer dans la poitrine; s'il s'agit de l'aîne, à pénétrer dans l'abdomen; délabrement grave, périlleux, qui presque toujours n'offre même pas cette compensation de faire arriver aux limites extrêmes du mal? Faut-il donc pour tous ces cas s'abstenir de l'opération? Non certes; il arrive souvent que tout peut être enlevé : c'est assez pour qu'on le tente, et la règle cesse ici d'être absolue. Son sens véritable est qu'il ne faut aborder de semblables épreuves qu'armé du sang-froid et de la résolution que l'expérience et la pratique peuvent seules donner au chirurgien.

L'opération avait été décidée, mais diverses circonstances et la volonté formelle de la malade la firent remettre à un mois. C'était une condition éminemment défavorable, savoir

qu'à une époque reculée encore, mais certaine, on doit endurer un véritable supplice; que ce jour peut être le dernier, se soumettre d'avance à cette terrible chance au milieu d'une santé florissante, c'est là une épreuve que peu de personnes peuvent traverser, sans être violemment tourmentées, et pour l'opérateur, c'est aussi un long sujet de soucis et d'appréhensions : il nous fut possible de l'abréger.

Il y eut en effet une certaine avance dans l'apparition des mois. Cette époque passée, je dus faire ressortir l'avantage de pratiquer l'opération le plus loin possible de l'apparition suivante. Cette ligne de conduite doit toujours être suivie chez les femmes; faire chez elle une grave opération pendant la durée des menstrues serait presque certainement s'exposer à une suppression brusque et dangereuse; à une époque trop rapprochée de leur cessation, l'équilibre de l'économie n'est pas encore suffisamment rétabli : trop près de l'apparition nouvelle, l'opération introduirait un trouble grave dans ce phénomène qui ne se modifie jamais sans retentissement général, et s'il ne se supprime pas, vient, en se manifestant, ajouter une nouvelle cause de faiblesse à celles qui résultent déjà du fait seul de l'opération.

On fit faire un lit de sangle, solide, étroit, à hauteur d'appui, tel que, quelque dût être la longueur de l'opération le chirurgien et ses aides ne se fatiguassent pas. Ce sont là de ces précautions dont on apprécie les bénéfices quand le moment de l'action arrive. Qu'elles soient négligées, et tout peut être compromis. Si, dans une longue et pénible opération, il faut se tenir courbé, par exemple, le sang afflue à la tête, la pensée ne conserve peut-être pas toute sa netteté, la fatigue survient bientôt et la main est moins sûre. Il faut, d'autre part, que les aides placés de l'autre côté de la couche puissent atteindre facilement la région intéressée, sans gêne, sans fausse position.

L'appareil instrumental fut celui des ablations de tumeurs volumineuses. Ici, ne jamais oublier les instruments que peut nécessiter la ligature des gros vaisseaux. Nous pouvions rencontrer des complications venant de cet ordre d'organes et même un anévrisme, malgré la confiance que nous accordions à notre diagnostic. Il serait trop facile de multiplier les exemples d'erreurs plus graves les unes que les autres commises par des hommes qui resteront l'éternel honneur de leur profession. Seulement, leur gloire a été de se tromper moins souvent. Grand motif de circonspection pour tout le monde.

La malade avait instamment réclamé l'emploi du chloroforme. A voir la facilité avec laquelle on emploie cet agent, on croirait qu'il n'a rien que d'inoffensif. Erreur grave à laquelle sont dûs ces cas de mort, dont quelques-uns sont publiés par les journaux, dont quelques-uns sans doute restent inconnus. Entourez-vous de toutes ces précautions, ménagez-vous toutes les ressources recommandées en cas d'accidents, ne recourez au chloroforme que dans les cas d'une véritable importance, soyez pénétré de son mode d'action, de la succession et de la signification des phénomènes qu'il détermine ; je maintiens que vous n'aurez jamais la certitude que le cas dans lequel vous employez aujourd'hui le chloroforme n'augmentera pas la liste des victimes de cet agent. Si on pouvait toujours déterminer les conditions dans lesquelles l'emploi du chloroforme est autorisé et celles dans lesquels on doit le réprouver, on agirait avec plus de sécurité. Mais il suffit de méditer sur les faits terminés par la mort pour rester convaincu qu'en dépit de toutes les garanties fournies par l'expérience de l'opérateur, par la constitution du malade, par les précautions les plus minutieuses, la mort peut survenir. C'est là un agent toxique et des plus redoutables ; soumettre un individu à l'influence du chloroforme, c'est le soumettre à une intoxi-

cation véritable dont la portée et les effets définitifs pourront échapper au plus avisé. Qu'en faut-il conclure? Faut-il y renoncer? Non, certes; mais il faut ne jamais violenter un malade pour qu'il s'y soumette; il faut ne céder qu'à ses instances, même pour les cas les plus graves; lui laisser quelquefois même entrevoir les périls qu'il va courir en les ajoutant à ceux de l'opération, pour échapper à la douleur, élément sans doute cruel, mais qui n'empêchait pas nos devanciers d'aborder et de terminer les opérations les plus hardies et les plus longues; enfin à son point de vue et pour soi-même dégager sa responsabilité.

J'ai bien des fois employé le chloroforme avec succès; je n'ai été attristé par aucune terminaison fatale; mais plusieurs fois j'ai vu approcher cette limite au-delà de laquelle il n'y avait plus rien à faire. Enseignement pratique qui m'a fait arriver à cette conclusion que, pour les opérations légères, s'en servir est une faute, quelles que soient les supplications aveugles des malades; que pour les opérations très douloureuses, longues, graves, il ne faut faire, si on y recourt, que céder à la volonté formellement exprimée des malades; que, pour quelques-unes, longues, mais peu douloureuses, il faut s'y refuser absolument; que, chez les femmes ou les hommes très faibles, très impressionnables, chez ceux ou celles dont la poitrine est délicate, dont le cœur est malade, ou qui sont atteints de quelque affection chronique sérieuse, il ne faut s'en servir à aucun prix; qu'enfin, ce n'est là qu'une ressource dont on peut se passer le plus souvent, mais précieuse dans certains cas lorsqu'on agit avec une réserve extrême et qu'on s'entoure de précautions infinies.

Je ne veux pas nier les services que cet agent a rendus à l'humanité et la sécurité qu'il donne à certains actes de la médecine opérative. Mais, à entendre les gens du monde et même quelques chirurgiens, il semblerait que, grâce à lui,

les angoisses de l'opération soient définitivement supprimées par la suppression des cris et de l'agitation des opérés; sa main aura plus d'assurance, son esprit plus de liberté. Erreur. Pendant tout le cours de l'opération, aux préoccupations qu'elle lui donne, il devra ajouter, et il ajoutera forcément, le soin de surveiller l'état de la circulation générale, de s'informer de la marche, du maintien, des effets du chloroforme, de le supprimer, d'y revenir et d'empêcher que, sous prétexte d'empêcher le malade de souffrir, on ne le fasse succomber, non à l'opération, mais à l'action du préservatif de la douleur. Dans combien de cas le principal danger n'a-t-il pas été constitué par le fait même de la chloroformisation ?

Dans l'emploi de cet agent on confond trop souvent deux choses, deux effets, veux-je dire, d'une portée bien différente: l'un, presque innocent, l'autre, plein de périls: le sommeil anesthésique et la syncope anesthésique. Faute de précaution, on fait passer les patients de l'un à l'autre, et la syncope conduit rapidement à la mort. Que veut-on en fin de compte? On veut soustraire le malade aux atteintes de la douleur. Eh bien! on obtiendra ce premier résultat à peu de frais; on pourra l'entretenir longtemps, très longtemps. Il n'y a jamais lieu de frapper ce qu'on appelle un grand coup, ni de procéder brutalement. L'appareil le plus commode est encore le simple cornet à diaphragme. On doit laisser son ouverture inférieure constamment libre. Après avoir chargé l'appareil, on l'approche de la bouche et du nez du patient auquel on a, au préalable, démontré les avantages de quelques inspirations libres et profondes, les seules qui soient pénibles. La douleur inévitable de ces premières inspirations sera tempérée par la précaution de laisser beaucoup d'air atmosphérique se mêler librement aux vapeurs éthérées. Qu'on se rappelle que la respiration ne s'entretient que par l'air atmosphérique, et qu'en donnant exclusivement au malade des vapeurs de

chloroforme on n'arrive qu'à l'asphyxie. Les inspirations suivantes sont de moins en moins pénibles. On rapproche peu à peu le cornet, jusqu'à ce point qu'il s'applique au contour du nez et de la bouche, et que l'air ne pénètre que par la petite ouverture de l'appareil. Après quelques mouvements, le malade s'endort, et la période d'excitation se trouve presque supprimée. Les femmes présentent, à un moindre degré, cette période. J'en ai vu s'endormir profondément et dans un calme parfait, après quelques inspirations, et la résolution survenir presque immédiatement. Il ne s'agit plus que d'entretenir cet état. Éloignez alors le cornet, rapprochez-le de temps en temps, suivant qu'on veut augmenter, maintenir, diminuer le sommeil anesthésique. Pendant ce temps, un aide instruit et ne s'occupant que de ce soin, a constamment les doigts sur le pouls, rend fréquemment compte de son état, du nombre des pulsations à l'opérateur, l'avertit et se tient prêt à remplir les indications. Mais il faut, pour bien remplir ce rôle, s'habituer de bonne heure aux effets du chloroforme. Tel aide, après les premières opérations, s'effraie de la faiblesse, de l'irrégularité du pouls; il se hâte d'en prévenir l'opérateur. C'est une cause inutile de trouble ; car, à cette première petitesse, à cette première irrégularité du pouls ne tarde pas à succéder la régularité des pulsations, un certain degré d'ampleur même, presque semblable à celle qu'on observe dans un calme sommeil.

Chez la dame en question, le sommeil s'établit très promptement, dura, soutenu avec soin et précaution, tout le temps de l'opération et ne se dissipa qu'après le pansement et qu'elle eut été remise dans son lit.

Souvent, si la chloroformisation est arrêtée trop hâtivement, la sensibilité, au lieu d'être émoussée et amoindrie, n'est que pervertie et laisse le malade dans la situation d'une personne assez ivre pour ne pas se rendre un compte bien

exact de ce qu'on lui fait, mais assez clairvoyante encore pour entendre ce qu'on dit autour d'elle et y répondre brusquement. Chose remarquable, même dans ce cas, quand la chloroformisation a été bien conduite, que l'insensibilité a été bien établie, ses effets sensoriaux au moins cessent complètement quand elle a été dissipée; et au contraire, il semble que la secousse, que l'ébranlement du système nerveux ait été plus violent quand le chloroforme a incomplètement agi. Il reste alors une sorte d'excitation qui peut se prolonger plusieurs heures après l'opération.

Au reste, mille nuances ici. J'ai vu une jeune dame tomber dans une anesthésie complète pour avoir respiré quelques gouttes de chloroforme tombées sur un mouchoir. Après l'opération, voulant se rendre un compte plus précis de l'odeur spéciale de cet agent, elle reprend le mouchoir abandonné sur le lit et ayant à peine conservé des traces : l'anesthésie reparaît pour ne cesser que lentement et après quelques mouvements convulsifs.

La malade endormie, placée de telle sorte qu'un jour suffisant éclairât bien toutes les manœuvres, je fis, avec un fort bistouri à tranchant convexe, une incision de 30 à 36 centimètres, s'étendant de 4 centimètres au-dessous du pli de l'aîne au niveau du condyle fémoral interne ; incision tracée un peu en avant du trajet de la veine saphène interne que je tenais naturellement à éviter, et qui comprenait la peau, le tissu cellulaire et le pannicule graisseux, très abondant ici. Cette incision mit dans un point de son étendue à découvert la tumeur et ne fournit qu'une insignifiante quantité de sang ; quelques artérioles furent cependant liées aussitôt.

Je poussai dès-lors rapidement la dissection à la partie antérieure, interne et un peu postérieure de la masse, en n'ouvrant que des vaisseaux d'un ordre inférieur. A mesure que je l'isolais, et sa résistance et ses adhérences semblaient

s'accroître. Encore une fois, ce changement est facile à comprendre : quand vous cherchez à apprécier la mobilité d'une tumeur recouverte de tissus sains, vous faites à votre insu entrer en ligne de compte le mouvement communiqué aux parties voisines ou superposées. Mais quand la tumeur est à nu et que vous n'agissez plus que sur elle seule, vous reconnaissez ses adhérences avec bien plus de netteté, parce que votre observation est plus circonscrite et que vous ne confondez plus ce qui appartient à la maladie en propre avec ce qui appartient aux parties voisines.

La partie supérieure de la tumeur dont j'explorais, chemin faisant, les propriétés, et dans laquelle je constatais toujours l'absence de battements, fut à-peu-près dégagée ; il en fut de même de la partie inférieure. En disséquant, j'avais soin de raser la production malade, de la séparer aussi nettement que possible des tissus ambiants pour mieux en distinguer le contour, ménager les parties voisines, enfin, n'enlever qu'elle. Sur les faces que j'avais déjà découvertes étaient appliqués, comme autant de rubans d'un demi-millimètre d'épaisseur, les muscles couturier, droit interne et une partie du premier abducteur. J'aurais pu les enlever ; je préférai les disséquer rapidement et les écarter pour les conserver. Ainsi, déjà en avançant dans l'opération, nous reconnaissions que cette tumeur, que nous considérions *à priori* comme s'étant développée entre la peau et la première couche musculaire, pénétrait entre cette couche et la profonde. Règle générale : il faut avoir soin de conserver les muscles, quelqu'altérées que semblent leurs propriétés. Plus tard, délivrés de la compression qui les aplatissait, ils reprennent une partie de leurs fonctions, et, véritable cercle, le retour de la fonction achève de leur rendre leur structure. Cependant il ne faudrait pas pousser trop loin l'application de cette règle : s'ils m'eussent trop gêné dans la marche de

l'opération, je n'aurais pas hésité à sacrifier ces muscles secondaires, déjà suppléés dans une partie de leur jeu par les muscles voisins.

La dissection des tumeurs volumineuses doit marcher à grands traits, là où tout fait supposer qu'elles n'ont pas de connexion avec les organes vasculaires ou nerveux vraiment importants. Quand on s'approche de ceux-ci, on ne doit avancer qu'avec ménagement, à petits coups, suivant la tumeur, palpant sans cesse et reconnaissant son chemin. C'est le doigt surtout qui doit sonder incessamment la plaie; cet organe reconnaît merveilleusement la résistance, la densité des parties, fait apprécier les battements des artères et prévient toute méprise.

Ainsi arrivés à la partie interne de la tumeur, je trouvai celle-ci en contact immédiat avec le faisceau vasculaire et nerveux. Sa masse paraissant détachée aux deux tiers, fortement adhérente à sa partie interne et postérieure; là à son point d'attache des battements appréciables à deux pouces au dessus de son niveau inférieur, appréciables enfin sur toute sa longueur, et manifestement dûs à la principale artère du membre accolée à sa veine satellite : tel était l'aspect des parties. L'identification de l'artère crurale avec la tumeur était portée à ce point qu'artère et tumeur ne semblaient faire qu'un tout, confusion égale à celle d'un anévrisme avec le vaisseau qui lui a donné naissance.

Était-ce donc un anévrisme que nous avions méconnu? Alors que nous nous étions cru fondés à admettre que cette tumeur était indépendante de l'artère, devions-nous recevoir de la réalité un si cruel démenti ? La pensée d'un anévrisme traversa rapidement mon esprit; je la surpris dans les yeux, les gestes de mes aides; car dans ces moments, il y a comme une sorte de communication magnétique entre l'opérateur et ses aides, quand il peut compter sur eux : ils vivent un

instant de la même pensée. Mais une prompte réflexion dissipa toute erreur. Palpant alternativement l'artère et la tumeur, je reconnus bien vite, que pendant que les battements de la première étaient nets, précis, faciles à constater, la deuxième n'en présentait aucun. C'eût été le contraire dans le cas d'anévrisme. De plus la tumeur était toujours lisse, dure, blanchâtre. Jamais un anévrisme disséqué n'a eu cet aspect. Il est légèrement ou fortement ardoisé. Ici les points de contact avec le vaisseau étaient sains; dans le cas d'anévrisme, ils eussent été infiltrés, altérés. Voici évidemment ce qui s'était passé : la tumeur, en se développant, avait rencontré l'artère et passé au dessous d'elle. Elle l'avait comprimée de dedans en dehors et d'arrière en avant, l'avait rubanée, pour ainsi dire, sans avoir cependant encore effacé son calibre, car le vaisseau continuait de battre sur toute l'étendue de la production; mais dans sa croissance la tumeur s'était peu à peu emparée de l'atmosphère celluleuse de l'artère, dont la tunique externe était devenue une dépendance de la maladie, de telle sorte que si celle-ci eût été un kyste, l'artère, ainsi aplatie, accaparée pour ainsi dire, eût été renfermée dans la membrane d'enveloppe du kyste, semblant jouer là le rôle d'un sinus artériel. — Cet examen anatomique accompli en moins de temps que je n'en mets ici à en rendre compte, je rassurai mes aides.

La tumeur qui s'était ainsi emparée du vaisseau s'enfonçait au dessous de lui. Pour achever de les dégager, il n'y avait qu'un de ces deux partis à prendre, périlleux l'un et l'autre, mais à des degrés différents. Ainsi je pouvais dégager l'artère de ses adhérences avec la tumeur, adhérences consistant dans la fusion de sa tunique externe avec l'enveloppe générale; en introduisant une sonde cannelée sans cul-de-sac au-dessous de cette tunique, rien de plus facile que de l'inciser dans toute sa longueur; l'artère devenait libre, et je

pouvais, en la rejetant de côté, continuer la dissection. Mais qu'on se figure au fond d'une immense plaie, une artère de premier ordre dépouillée de sa tunique celluleuse, c'est-à-dire de celle de ses enveloppes qui seule offre de la résistance, réduite à ses tuniques interne et moyenne, c'est-à-dire à celles qui, comme obstacles hémostatiques ne sont rien, si elles sont beaucoup sous le rapport anatomique et fonctionnel. Que l'on songe aux conséquences immédiates, certaines, de ce dépouillement de l'artère crurale dans une étendue de 6 pouces au moins. C'était vouer la malade à une hémorrhagie consécutive assurée. L'autre parti consistait à jeter un fil double sur le vaisseau au-dessus du point où il semblait se confondre avec la tumeur; un autre au-dessous du point où il s'en dégageait, et toutes ces garanties acquises contre l'hémorrhagie, disséquer l'artère, la séparer impunément de la tumeur et continuer l'ablation de celle-ci. C'est à ce parti que je m'arrêtai.

Je liai donc la crurale au-dessus et au-dessous de la tumeur, et, libre désormais de toute crainte de grande hémorrhagie, je séparai les deux parties accolées. Après avoir fait soulever la masse, je reconnus qu'elle s'enfonçait sous le vaisseau, et envoyait des racines prolongées jusqu'à la ligne âpre; passant ainsi sous le paquet vasculaire et nerveux. Séparant les organes, les coupant autant avec l'ongle qu'avec le bistouri, je parvins enfin à enlever la tumeur sans en abandonner un débris, et après avoir lié immédiatement une grosse perforante qui n'avait pu être évitée.

La vaste plaie fut aussitôt abstergée. Mais nous n'en avions pas fini avec les péripéties émouvantes de l'opération : la plaie se remplissait d'un sang noir et abondant aussitôt que les éponges étaient retirées. D'où provenait-il? la veine crurale elle-même avait-elle été ouverte? c'était pour la malade une question de vie ou de mort. C'est déjà trop de l'oblité-

ration de l'artère principale d'un membre inférieur; si le canal veineux collatéral est également compromis, s'il faut le lier, tout le monde le sait, le membre doit tomber en gangrène. Je pensai que si la veine crurale avait été atteinte il me serait peut-être possible d'y faire une ligature longitudinale, qui sans effacer son calibre oblitèrerait sa blessure. Mais voyez quelle incertitude et les dangers de la phlébite alors qu'une veine volumineuse baigne ainsi dans une grande plaie enflammée. Fort heureusement qu'en abstergeant avec encore plus de soin, je ne tardai pas à reconnaitre que le sang sortait à flot, non de la veine crurale même, mais d'un gros affluent, qui, passant sous la tumeur, allait rejoindre la saphène interne, et qui avait été coupé de manière à laisser un tronçon de près d'un pouce de longueur. Je le saisis avec les doigts, une ligature fut jetée, le sang veineux s'arrêta immédiatement, l'opération était terminée.

Si j'ai longuement insisté sur ces divers temps, c'est que tous les embarras, toutes les difficultés qu'on peut rencontrer dans l'ablation des tumeurs semblaient s'être donné rendez-vous ici. Après avoir enlevé les caillots fibrineux qui remplissaient la plaie, les ligatures furent rassemblées en deux paquets : l'un émergeant du point correspondant à la place qu'occupait la tumeur, l'autre d'un point déclive; les lèvres furent rapprochées. Il ne pouvait être question de recourir dans ce cas à la suture, car il aurait fallu en multiplier singulièrement les points, car il fallait s'attendre à une suppuration énorme et prolongée. Je recourus aux bandelettes agglutinatives susceptibles d'être facilement enlevées s'il survenait une hémorrhagie, ne serrant que médiocrement la cuisse qu'elles maintenaient cependant. Une large compresse graduée, d'une longueur égale à celle de la plaie, fut placée à la partie interne pour soutenir le lambeau de ce côté qui devait tendre à s'écarter.

La malade fut replacée dans son lit. Revenue facilement à elle-même, elle accusait un sentiment pénible de froid dans le membre, devenu de plomb, disait-elle, et privé de mouvement. Je l'entourai de bouteilles de grès remplies d'eau très chaude ; je prescrivis une portion cordiale : peu à peu la chaleur et la sensibilité se rétablirent, me délivrant de la crainte de voir le sphacèle s'emparer du membre.

Il faut du reste remarquer qu'une condition favorable au prompt rétablissement de la circulation collatérale résultait du développement progressif de la tumeur. La crurale avait été aplatie, la circulation gênée et le développement des artères secondaires avait dû être proportionnel, si bien, qu'au moment où le cours du sang avait été brusquement interrompu dans le vaisseau principal, le liquide avait trouvé les voies collatérales déjà préparées.

La fièvre traumatique fut énergique, mais dura peu. Une suppuration abondante s'établit bientôt; les chairs s'affaissèrent, le gonflement disparut; un mois après la guérison était complète, sauf la présence d'une ligature principale qui ne tomba que beaucoup plus tard et alors que la malade avait repris et la marche et une partie de l'activité de ses habitudes.

Aujourd'hui, 25 septembre 1854, toute trace de l'affection primitive s'est effacée ; la cicatrice a diminué d'étendue, reste solide. Les fonctions du membre sont les mêmes qu'avant la naissance de la tumeur, et on peut affirmer qu'aucune récidive n'est à craindre.

La tumeur examinée à l'œil nu et au microscope offrait tous les caractères des masses exclusivement fibreuses.

Pendant ces longues et cruelles épreuves, le courage de la malade s'était soutenu sans altération. Nul doute que le calme et la patience, la confiance absolue dans sa guérison, n'aient puissamment contribué à amener une heureuse solution, alors qu'après l'opération nous osions à peine l'espérer.

PARIS

PAUL DUPONT, IMPRIMEUR DE L'ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

RUE J.-J.-ROUSSEAU, 41.

—

1869